

Margot Enz

Ein politischer Entscheid

«Hausärzte Schweiz» unterstützt die Gesetzesvorlage «Managed Care» trotz diverser Kritikpunkte

Seit 20 Jahren wird Managed Care in der Schweiz gelebt und weiterentwickelt. 2008 hatte sich bereits die Hälfte der Grundversorgenden einem Netzwerk angeschlossen, mehr als 80 Prozent davon mit Budgetmitverantwortung. In den letzten zehn Jahren hat sich die Zahl der Versicherten in Modellen mit sogenannt eingeschränkter Arztwahl verfünffacht. Vor dem Hintergrund der ständig steigenden Prämien haben die Versicherten also jetzt schon vermehrt von Angeboten Gebrauch gemacht, mit welchen sich ihre finanzielle Belastung reduzieren lässt. Über eine Million Versicherte haben per 31. Dezember 2009 ihre Versicherung und/oder das Modell gewechselt.

Politischer Prozess

Die Revision des KVG verbraucht seit Jahren Ressourcen, ohne dass bisher eine mehrheitsfähige Lösung erreicht wurde. Neben der Managed-Care-Vorlage stehen auch noch diejenigen über die Vertragsfreiheit und die Kostenbeteiligung (Erhöhung Selbstbehalts auf 20 Prozent) an. Seit der klaren Positionierung der FMH zu Managed Care – am 14. und 15. Dezember 2006 hat die Ärztekammer das Thesenpapier «Managed Care» diskutiert und mit 112 zu 4 Stimmern bei 7 Enthaltungen angenommen – ist die Diskussion zur Vertragsfreiheit in den eidgenössischen Räten zurückgestellt und bis heute nicht mehr aufgegriffen worden. Per 31. Dezember 2011 wird die Verlängerung der Zulassungsbeschränkung definitiv auslaufen. Falls bis zu diesem Zeitpunkt keine Nachfolgelösung gefunden wird, muss davon ausgegangen werden, dass der Kontrahierungszwang aufgehoben wird.

Haltung der Ärzteschaft

Die Hausärzte – damals noch SGAM-SGIM-KHM – hatten 2006 in einem Positionspapier zu Managed Care folgendes festgehalten:

- Gründung und Beitritt zu Managed-Care-Modellen müssen *freiwillig* sein.
- Den Managed-Care-Modellen sollen Steuerungsaufgaben übertragen werden, für welche sie Verantwortung übernehmen müssen.
- Die Übernahme von Budgetmitverantwortung hingegen muss für das einzelne Netzwerk freiwillig bleiben.
- Managed-Care-Modelle müssen *mit wirtschaftlichen Anreizsystemen für Patienten und Ärzte gefördert werden* und dürfen für Leistungserbringende ausserhalb der Modelle nicht mit (politischen oder wirtschaftlichen) Sanktionen verbunden werden.

Auf diese Haltung hat sich der Berufsverband Hausärzte Schweiz auch bei der aktuellen Entscheidungsfindung abgestützt. Will man aber zu einer Lösung kommen ist es gelegentlich unumgänglich, Kompromisse einzugehen.

Beurteilung der Gesetzesvorlage

Zum guten Verständnis der Gesetzesvorlage – im Nationalrat am 16.6.2010 verabschiedet – ist das sorgfältige Studium des Wortlauts insbesondere von Artikel 41c notwendig. Die Übersicht von Nationalrat Ignazio Cassis kann dabei behilflich sein.

«Hausärzte Schweiz» haben diese intensiv studiert und mit Experten diskutiert. Wir sind dabei zu folgender Beurteilung gekommen:

Positiv beurteilt

- Die *Wahlfreiheit* für Versicherte und Leistungserbringende ist gewährleistet (Art. 41b Abs. 1).
- Managed Care / Integrierte Versorgung basiert auf einem Vertrag. Die Vertragspartner regeln die Zusammenarbeit, den Datenaustausch, die Qualitätssicherung und das Vergütungssystem (Art. 41c Abs. 2).
- Wer sich in einem Integrierten Versorgungsnetz (IVN) versichern lässt, wird mit einem tieferen Selbstbehalt belohnt. Der *differenzierte Selbstbehalt* (Art. 62 Abs. 2 b und c, sowie Abs. 2 bis) setzt positive Anreize für die Versicherten, insbesondere für chronisch Kranke.
- Der *Risikoausgleich* (RA) unter den Versicherungen wird verbessert und berücksichtigt neu das Erkrankungsausmass (*Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 21.12.2007, Risikoausgleich*). Dies war für «Hausärzte Schweiz» schon immer ein sehr wichtiges Anliegen, eine *Conditio sine qua non* für die Integrierte Versorgung.
- Die *freie Arztwahl innerhalb eines integrierten Versorgungsnetzes* bleibt grundsätzlich gewährleistet. Als Koordinator und Langzeitbegleiter wird der Hausarzt zusammen mit dem Patienten den für ihn besten Behandlungspfad erarbeiten. Dazu gehört selbstverständlich auch die Berücksichtigung seiner Präferenzen in Bezug auf die Arztwahl.

Kritisch beurteilt

- Der *Zwang zur Budgetmitverantwortung* (Art. 41c Abs. 4). Von *limitierter Budgetmitverantwortung* spricht man, weil das Risiko für das Nichterreichen des gemeinsam vereinbarten Ziels zwischen Netz und Versicherer aufgeteilt wird und in Bezug auf seine Höhe begrenzt ist. Sie ist in der Hausärzteschaft stark umstritten und wurde im Positionspapier 2006 als inakzeptabel festgelegt. *Volle Budgetverantwortung* kann zu Rationierung führen, uneingeschränkte Einzelleistungsverrechnung zu Überarztung – beides ist schädlich für den Patienten. Die in Schweizer Ärztenetzen übliche BudgetMITverantwortung hält Wirkung und Nebenwirkung im Gleichgewicht.
- Die *Möglichkeit des Bundesrats* (Subsidiaritätsprinzip) betreffend Umfang der Budgetmitverantwortung und den Qualitätsrichtlinien *Anforderungen zu stellen* (Art. 41c Abs. 5). Wir werden diesen Punkt akzeptieren, da er einem ausgewogenen Kompromiss im aktuellen politischen Kräfteverhältnis entspricht.
- Die *Kostenbeteiligung* (Franchise und Selbstbehalt) darf die soziale Krankenversicherung, welche auf dem Solidaritätsprinzip beruht, nicht schwächen. Die frei wählbaren hohen Franchisen entziehen dem System enorme Mittel und unterstützen die soziale Ungerechtigkeit in der heutigen Form. Wir Hausärzte kümmern uns primär um die Qualität und erst in zweiter Linie um die Finanzierung der IVN.

Tabelle 1
Zusammenfassung.

	Integrierte Versorgung (Art. 41c)	Alternative Versicherungsformen (Art. 41b, Abs. 2)	Heutige Grundversicherung
Charakteristika	Integrierte Versorgungsnetze, welche die Behandlungsprozesse der Versicherten über die ganze Behandlungskette hinweg steuern	einfache Hausarztverträge ohne Budgetmitverantwortung, telemedizinische Angebote, Listenprodukte	
Spezieller Vertrag zwischen Ärzten und Versicherern	Ja	Nein (ausser für einfache Hausarztverträge)	Nein
Budgetmitverantwortung	Ja	Nein	Nein
Medizinische Leistungen	Auch mehr als Leistungskatalog	Leistungskatalog	Leistungs-katalog
Prämien	Reduziert	Reduziert	Normal
Selbstbehalt	Max. 10% (auch weniger ist möglich)	20%	20%
Höchstbetrag (Kompetenz des BRs)	500 CHF (?)	1000 CHF (?)	1000 CHF (?)

Entschieden abzulehnen

- Der Minderheitsantrag zur Festsetzung der Vertragsfreiheit Art. 35a (neu):
Abs. 1: für Leistungserbringer nach Artikel 35 Absatz 1b und die Versicherer besteht Vertragsfreiheit. Die Bestimmungen des Kartellgesetzes finden Anwendung auf diesen Artikel.
Abs. 2: ausgenommen von der Vertragsfreiheit sind integrierte Versorgungsnetze.
Abs. 3 ...

Beurteilung der gegnerischen Argumente

Freie Arztwahl

Grundsätzlich bleibt diese bestehen, da jeder Versicherte frei unter den Modellen wählen kann. Zu behaupten, der differenzierte Selbstbehalt schränke die Wahlfreiheit fundamental ein, ist vor allem Polemik. Um sich weiterhin konventionell zu versichern, müssen im gegenwärtigen Vorschlag maximal CHF 500.– pro Jahr mehr bezahlt werden als in einem MC-Modell, was drei Espresso pro Woche entspricht. Darf die freie Arztwahl nicht so viel wert sein?

Bestrafung der Patienten

Wenn der Hausarzt und/oder die Versicherung des Patienten keinen MC-Vertrag abgeschlossen haben, kann der Patient ja die Versicherung wechseln oder dem Arzt vorschlagen, dass sein Netz mit der bisherigen Versicherung des Patienten auch einen Vertrag abschliesst. Das wirkt.

Für die Regionen, welche noch über keine Ärztenetze verfügen, wird es eine sehr grosszügige Übergangslösung geben, welche allen Beteiligten ermöglicht, die entsprechende Entwicklung in Ruhe zu vollziehen.

Differenzierter Selbstbehalt

Dieser setzt positive Anreize für die Patienten, in ein INV zu wechseln. Dies ist besonders bei chronisch Kranken erwünscht. Aus diesem Grund ist es nachvollziehbar, dass der Selbstbehalt für das konventionelle Modell erhöht werden soll, da sich sonst erfahrungsgemäss kaum etwas ändern wird. Was ist falsch daran, wenn die Koordination der Betreuung der Patienten entlang der ganzen Behandlungskette zu einer Optimierung der medizinischen Versorgung

führt und für die Versicherten erst noch weniger kostet? Strapazierte Solidarität! Weshalb soll die Allgemeinheit für die Exzesse einiger Versicherten bezahlen? Führt nicht gerade eine solche Haltung zur Entsolidarisierung?

Was, wenn die Vorlage durch ein Referendum zu Fall kommt?

Die Abstimmungsergebnisse der vergangenen Jahre zeigen, dass ein Referendum, bei welchem erfahrungsgemäss sehr plakativ und emotional argumentiert wird, im Volk eine gute Chance hat. Ein Referendumskomitee, dessen einziger gemeinsamer Nenner die Ablehnung der aktuellen Vorlage sein wird, wird nicht im Stande sein, eine alternative Lösung (z.B. das Modell «Persönliche Gesundheitsstelle») zu lancieren.

Ohne Nachfolgelösung für den Zulassungsstopp per Ende 2011 wird der Kontrahierungszwang garantiert fallen. Das Gegenteil zu erwarten wäre eine krasse politische Fehleinschätzung.

Die Entwicklung von Managed Care wird weitergehen – mit oder ohne entsprechenden Gesetzesartikel. Man braucht kein Prophet zu sein, um vorauszusagen, dass in fünf bis zehn Jahren das Einzelkämpfertum einer stark vernetzten Gesundheitsversorgung Platz gemacht haben wird.

Ob die Leistungsqualität bei Integrierter Versorgung besser und kostengünstiger ist, werden wir auch in den nächsten 20 Jahren kaum exakt bestimmen können. Die Patienten profitieren aber schon heute vom verbindlich geregelten Austausch unter den Leistungserbringenden – zum Beispiel in Qualitätszirkeln –, von Qualitätsstandards in den Netzwerken und der Prozesskoordination entlang der Behandlungskette.

Zu guter letzt ...

Die aktuelle Gesetzesvorlage scheint mehrheitsfähig, dies nachdem sämtliche Beteiligte Kompromisse eingehen mussten:

- die Kassen durch den Angebotszwang;
- die Versicherten durch den differenzierten Selbstbehalt;
- wir Leistungserbringenden durch die obligatorische Budgetmitverantwortung.

Nach vielen Jahren der Stagnation haben wir eine zukunftsträchtige Vorlage im ambulanten Bereich, die zu Qualitätsverbesserung und Kosteneinsparungen beitragen wird.

«Hausärzte Schweiz» sind für eine Integrierte Versorgung mit entsprechendem gesetzlichem Rahmen, weshalb wir unter in Kaufnahme weniger Kompromisse die MC-Vorlage der SGK-N und des NR unterstützen. Wir bitten alle, diesen Konsensus mitzutragen!

Korrespondenz:

Dr. med. Margot Enz
Vorstand «Hausärzte Schweiz»
Ressortverantwortlich für Gesundheitspolitik und Managed Care
Kurplatz 3
5400 Baden
margot.enz@sgam.ch